

고령화 시대의 영양정책 방향

전 병 율

보건복지부 보건정책팀

Direction of Nutrition Policy for the Era of Aging

Byung Yool Jun

Ministry of Health & Welfare, Seoul, Korea

노인인구 현황

우리나라 전체인구 중에서 65세 이상의 노인 인구가 차지하는 비율이 1970년대에는 3.1%에 불과했던 것이 2000년에는 7.2%, 2004년에는 8.7%로 증가해 이미 고령화 사회가 되었고, 2018년에는 14.3%가 되어 고령사회에 진입하고 2026년에는 20.8%로 초고령사회에 도달할 것으로 전망되고 있다.

이러한 고령화 속도는 세계에서 그 유래를 찾아볼 수 없을 정도로 빠르게 진행되고 있다.

한편 우리나라의 경우, '질병없이 사는 기간' (life span without disability)인 '건강수명' (DALE: Disability-Adjusted Life Expectancy)은 1999년 65.0세였으며 OECD 29개국의 '건강수명' (DALE) 70.2세에 비하여 5.2세나 낮고 세계적으로 건강수명이 가장 높은 일본(74.5세)의 87% 수준이었다. 2002년 기준으로는 67.8세이다(남성 64.8세,

여성 70.8세).

또한, 이러한 고령사회로 접어들면서 경제활동 인구의 감소, 고령 인구의 증대에 따른 거동 불편 노인에 대한 개인, 가족 및 국가의 재정적·심리적 부담이 커지고 있다.

2001년도 국민건강영양조사에 따르면 노인 인구 중 관절염, 요통, 좌골통, 고혈압 등 3개월 이상 지속되는 만성질환을 한가지 이상 가지고 있는 65세에서 69세 노인 인구의 비율이 86.4%로 높게 나타났다. 또한, 2003년 65세 이상 노인 의료비가 2002년에 비해 18.8%나 증가하여 전체 의료비 증가율 7.7%를 크게 상회하였고 전체 의료비에서 65세 이상 노인 의료비가 차지하는 비율은 21.3%로 2002년도에 비해 2.0%p 증가하였으며 계속 증가하는 추세이다.

따라서, 보건복지부는 2010년까지 건강수명 72세를 달성하는 것을 목표로 생애주기별 특화된 예방 중심의 평생 건강관리체계를 확립하고 건강수명의 연장과 건강형평성 확보를 위한 「New Health Plan 2010」을 수립하여 추진해 오고 있으며 고령화사회의 문제점에 대처하고 범정부차원의 정책 추진을 위한 『저출산고령사회정책본부』를 신설하

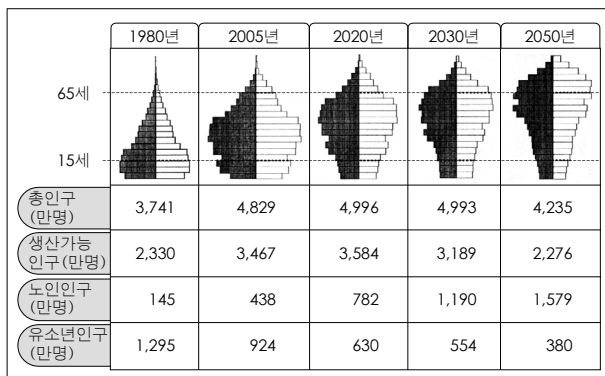


Fig. 1. 우리나라 인구구조 변동추이 및 전망. ※ 2016년(3,650만명)을 정점으로 생산가능인구(15~64세) 감소, 2020년(4,996만명)을 정점으로 총인구 감소.

Table 1. 노인 인구 및 비율 (단위 : 만명, %)

구 분	1990년	2000년	2006년	2018년	2026년
총 인 구	4,287	4,701	4,850	4,993	4,977
노인인구	220	340	460	716	1,036
비율 (%)	5.1	7.2	(9.5)	(14.3)	(20.8)

※ 통계청, 「장래특별인구추계」 2005

Table 2. 우리나라의 건강수명 변화 추이

구 분	1999	2000	2001	2002
전 체	65.0	66.0	67.4	67.8
남 자	62.3	63.2	64.5	64.8
여 자	67.7	68.8	70.3	70.8

자료: WHO. The World Health Report. 2000, 2001, 2002, 2003

Table 3. OECD 국가의 건강수명(1999)

OECD 국가	WHO 회원국 중 순위	건강수명(세)			출생시 기대 질병년수(년)		일생 중 질병 기간의 비율(%)	
		전 체	남	여	남	여	남	여
OECD 29개국 평균		70.2	67.7	72.8	6.0	7.1	8.2	8.9
일 본	1위	74.5	71.9	77.2	5.7	7.1	7.3	8.4
호 주	2	73.2	70.8	75.5	6.0	6.7	7.8	8.1
프 랑 스	3	73.1	69.3	76.9	5.6	6.7	7.5	8.0
스 웨 덴	4	73.0	71.2	74.9	5.9	7.0	7.7	8.5
스 페 인	5	72.8	69.8	75.7	5.5	6.4	7.3	7.7
캐 나 다	12	72.0	70.0	74.0	6.2	7.8	8.1	9.6
영 국	14	71.7	69.7	73.7	5.0	6.0	6.7	7.5
독 일	22	70.4	67.4	73.5	6.3	6.6	8.6	8.3
미 국	24	70.0	67.5	72.6	6.3	7.0	8.6	8.8
뉴질랜드	31	69.2	67.1	71.2	6.8	8.1	9.2	10.2
터 키	73	62.9	64.0	61.8	5.7	8.1	8.2	11.6
한 국	51	65.0	62.3	67.7	6.4	8.3	9.3	10.9

자료: WHO. The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance, 2000

였으며 「저출산·고령사회 기본계획('06~'10)」의 수립·추진, 노인수발보험제도 도입 등을 통하여 노년층의 삶의 질 향상 도모를 위해 노력하고 있다.

노인 영양 정책

1. 국민건강증진종합계획 2010 노인 영양부분 목표 및 세부 추진 계획

보건복지부는 2002년 「Health Plan 2010」 발표 이후 중간평가를 거쳐 2005년 「New Health Plan 2010」에서 만성질환의 예방과 관리를 통해 2010년까지 국민의 건강수명을 72세까지 연장시키는 목표를 세웠으며, 이러한 목표에 도달하기 위한 전략의 하나로 영양개선 대책을 세워 진행하고 있다.

특히, 2001년도 국민건강영양조사 결과 노인의 영양섭취는 모든 연령층 중 가장 불량한 것으로 나타났다. 65세 이상 노인층의 에너지, 칼슘, 철분, 비타민 A, 리보플라빈의 섭취량이 모두 영양권장량의 75% 미만인 대상자는 26.7%로 나타났으며, 노인의 소득수준별 상당한 차이가 있어 최저생계비 미만 수입의 '하' 계층 노인의 섭취상태가 특히 열악하며, 사실상 최저생계비 대비 300% 이상의 수입을 가진 '최상' 수준 가구의 노인들만 비교적 양호한 섭취상태를 나타냈다.F2

노인계층은 일반성인에 비하여 질병에 대한 면역력이 뒤떨어져 있기 때문에 영양섭취를 통하여 질병면역력을 제고시킬 필요가 있으며, 노인계층의 경우 불규칙적인 식습관이나, 불균형적인 영양섭취가 보편적이기 때문에 비만 및 저영양상태의 노인계층은 건강실천행위를 수행하는 데에도 지

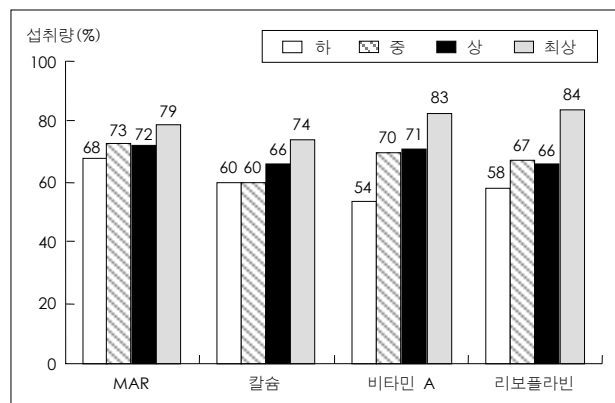


Fig. 2. 65세 이상 노인의 소득수준별 영양소 섭취량 비교(2001). 자료원: 2001 국민건강·영양조사 심층연계분석-영양조사부문 I.

장을 주고 있다.

따라서, 건강수명의 연장과 건강형평성 확보를 위한 근본적인 접근을 위해 노인의 영양 및 건강상태의 개선이 필요하며, 「New Health Plan 2010」의 노인 영양부분 목표를 영양소섭취 부족인 65세 이상 노인의 인구비율을 15%까지 감소시키는 것으로 세우고 그 해결방안들을 모색하고 있다.

그 방안중 하나로 “노인을 위한 영양밀도 높은 레시피 개발 및 보급”을 계획하고 있다. 노인계층은 소화기능의 저하로 인해 한 번에 먹을 수 있는 양이 제한되고, 활동량 감소로 인해 에너지 필요량도 낮아지므로, 적정 영양섭취를 위해서는 일반 성인에 비해 미량영양소의 밀도가 높은 음식을 섭취할 수 있도록 하기 위함이며, 노인 급식을 실시하는 복지관, 종교단체, 보건소 등의 기관 및 개인 차원에서도 이용할 수 있는 영양밀도 높은 레시피·조리법을 개발하여 보급할 계획이다.

2. 보건소 건강증진사업

현재 많은 보건소에서 노인을 위한 의료서비스, 운동실천, 영양 및 식사지원프로그램, 사회활동참여 등 프로그램 연계를 통한 노인건강증진사업을 실시하고 있으며, 이 중 노인을 위한 영양사업으로 노년기의 영양식사와 식단제시, 노년기 건강식이 섭취 교육 실시, 질환별 식이요법 지도 및 관리, 식단제시, 당뇨 걷기대회를 통한 당뇨식 등 체험기회 제공 등이 이루어지고 있다.

3. 방문보건사업

65세 이상 노인 가운데 지역사회 재가요양보호가 필요한 노인 수는 2002년 기준 약 71만명으로 전체 요양보호대상 노인중 약 90%를 차지하고 있다고 한다. 따라서, 이들 욕구에 적합한 재가요양서비스가 요구되며 특히 저소득층 취약계층을 주 대상으로 하는 보건소 방문보건사업의 활성화가 요구되고 있다.

현재 전국보건소에서 방문보건사업을 실시하고 있으며 환자들의 질병관리, 재활치료관리, 건강증진관리 등 저소득층 의료취약계층인 65세 이상 노인, 독거노인, 노인부부세대 등에게 보건의료서비스를 실시하고 있다.

4. 노인 건강증진 허브 보건소

보건복지부는 지역사회 중심의 체계적이고 효율적인 노인건강 관리체계를 마련하기 위하여 16개 시·도에 1곳씩 『노인건강증진 허브보건소』를 지정·운영할 계획이다. 해당 시·도 보건소의 노인건강운동 지도인력에 대한 교육 및 기술지원을 하며 노인건강증진사업에 활용할 수 있는 지역사회 자원을 조사·발굴하여 연계하는 허브기관의 역할을 수행할 것이다.

우선 2006년에는 시범사업으로 『노인건강대학』과 『가정방문 노인운동 프로그램』을 운영할 계획이며, 2007년부터는 노인영양관리 프로그램 등 다양한 프로그램을 개발하여 보다 포괄적인 접근이 이루어지도록 하며 시범사업에서 효과가 입증된 프로그램을 전국 보건소로 확대할 계획이다. 동 사업은 내년에는 32개 보건소로 확대하고 2009년까지 전국적으로 확대하는 등 단계적으로 확대해 나갈 계획이다.

5. 독거노인종합지원대책

독거노인들은 독립거주의 특성과 거동불편 등의 사유로 돌발 상황이 발생하였을 경우 이를 주변 이웃이나 복지시설 등에 알리지 못해 위기상황에 빠지는 경우가 자주 발생하고 있어 독거노인들을 대상으로 최소한의 안전을 확인 할 수 있는 시스템을 구축할 필요가 있다.

또한, 요보호 독거노인은 그 특성상 안부전화만으로는 안

전 확인에 다소 미흡한 점이 있을 수 있으므로, 직접 찾아가서 눈으로 안전 여부를 확인할 필요가 있다. 이에 따라 독거노인을 위한 종합지원 대책을 마련하여 안부전화 외에도 최대한 자주 그리고 정기적으로 안전을 확인할 수 있는 서비스로 식사 배달, 밀반찬 배달, 건강음료 배달을 계획하고 있다.

향후 추진 정책방향

올해 2월 보건복지부 저출산·고령사회 정책본부의 「저출산 고령화 현상에 대한 국민인식」 조사발표에 따르면 응답자의 80% 정도가 고령화가 심각한 문제이며 이들 중 80% (전체 응답자 중 65%)가 고령화 현상이 자신의 삶과 관련이 있다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 또한, 정부의 최근 「저출산·고령화」 정책에 대해서는 과반수 이상(55%)이 「관심있다」고 답변하여 현재 많은 국민들의 큰 관심사항임을 알 수 있었다.

하지만, 고령화 현상의 심각성과 국민들의 정책에 대한 관심에 비하여 이루어지고 있는 노인 영양정책은 아직 미흡한 점들이 많은 것이 사실이다.

따라서, 기존의 노인급식서비스나 음식/밀반찬배달 서비스에서 발전하여 더 많은 대상자들에게 그 특성과 요구에 맞게 제공될 수 있는 양적·질적인 영양개선 사업을 모색하고 있다.

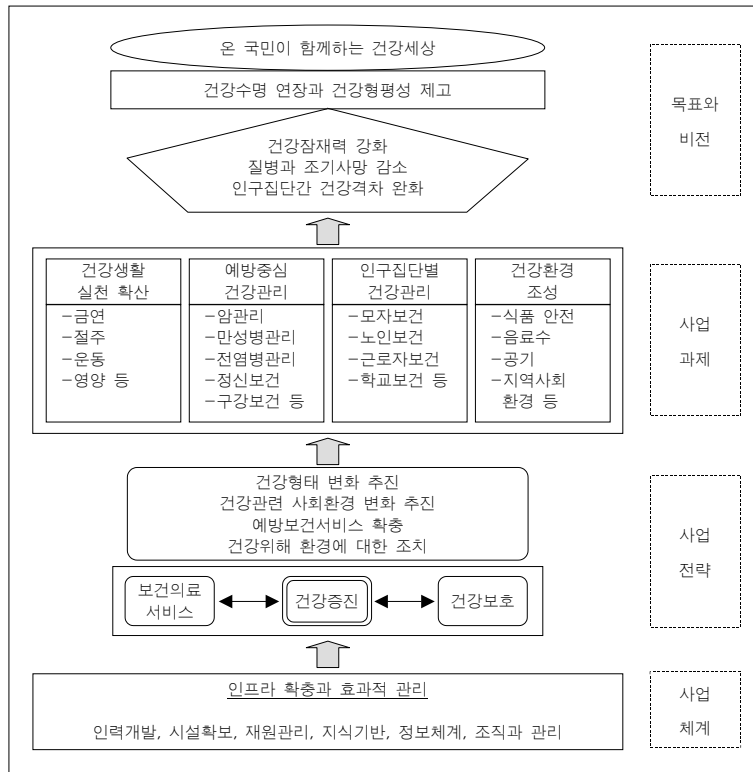
또한, 이러한 영양개선 사업을 수행할 우수한 보건영양 전문인력을 구축, 영양개선사업과 타보건사업 및 복지사업과의 통합·연계 서비스 개발, 정확한 실태 파악과 지속적인 감시체계의 구축 운영 등 앞으로 많은 과제들이 남아 있으며 「New Health Plan 2010」의 궁극적 목표인 온 국민이 함께 하는 건강세상 구현을 위해 노력할 것이다.

참고 문헌

- 1) 「국민건강영양조사」(2001): 보건복지부
- 2) 「국민건강증진종합계획 2010」(2005): 보건복지부
- 3) 「노인건강증진 2005건강증진 사례집」(2002): 보건복지부
- 4) 「노인대상 건강증진사업 추진전략과 프로그램 개발」(2005): 건강증진기금사업 지원단
- 5) 「노인보건복지사업안내」(2006): 보건복지부
- 6) 「미래사회대비 평생건강관리체계 구축을 위한 노인보건복지사업 강화방안」(2005): 보건복지부 대통령자문 고령화 및 미래사회 위원회
- 7) 「방문보건사업 모니터링 및 활성화 방안개발」(2006): 보건복지부
- 8) 「외국의 고령화 사회 대책 추진체계 및 노인복지 정책분석」(2005): 보건복지부
- 9) 「주민건강증진센터 시범사업안내」(2006): 보건복지부

□ 부 록 □

국민건강증진종합계획 2010 개념도



국민건강증진종합계획 2010 중점과제-영양부분

2005년 새로이 발표한 국민건강증진 종합계획 2010의 종합적인 도달 목표는 “건강수명의 연장(건강수명 72.0세를 목표)과 건강형평성 확보”이다.

목 표	2002	2005	2010
미량 영양소 적정섭취			
1 칼슘을 적정수준으로 섭취하는 인구비율을 증가시킨다.	18.8% (1998)	19.3% (2001)	30.0%
2 철을 적정수준으로 섭취하는 인구비율을 증가시킨다.	32.2% (1998)	34.3% (2001)	50.0%
3 비타민 A를 적정수준으로 섭취하는 인구비율을 증가시킨다.	29.8% (1998)	32.6% (2001)	50.0%
4 리보플라빈을 적정수준으로 섭취하는 인구비율을 증가시킨다.	29.4% (1998)	34.6% (2001)	50.0%
만성질환 예방 및 관리			
5 지방 에너지적정비율에 해당되는 인구비율을 증가시킨다.	41.1% (1998)	44.0% (2001)	50.0%
6 나트륨을 1일 2,000 mg 이하로 섭취하는 인구비율(만 6세 이상)을 증가시킨다.	13.9% (1998)	9.5% (2001)	15.0%
7 과일과 채소를 1일 500 g 이상 섭취하는 인구비율(만 6세 이상)을 증가시킨다.	33.25% (1일 400 g, 1998)	36.4% (1일 400 g, 2001)	50.0% (1일 500 g)
체중관리			
8 적정체중(18.5 ≤ BMI < 25) 성인 인구비율을 증가시킨다.	64.7% (2001)	63.3% (2005)	67.0%
9 저체중 성인 인구비율을 감소시킨다.	4.64% (2001)	4.3% (2005)	3.0%
생애주기별 영양관리			
10 완전 모유수유 영아(생후 6개월)의 인구비율을 증가시킨다.	9.8% (2001)	22.2% (2005)	40.0%
11 잘못된 식습관에 의한 아침결식률을 감소시킨다.	21.1% (2001, 만3세 이상)	19.0% (2005, 1세 이상)	15.0%
12 영양소 섭취 부족인 노인(65세 이상) 인구비율을 감소시킨다.	26.7% (2001)		15.0%
13 철 결핍성 빈혈인 가임기 여성(10 - 49세) 인구비율을 감소시킨다.	10.9% (2001)	15.1% (2005)	10.0%
식품안정성 및 영양서비스			
14 식품 안정성이 확보된 가구비율을 증가시킨다.	—	88.6% (2005)	95.0%
15 식생활 지원 프로그램(식품공급, WIC, 급식)의 수혜 비율을 높인다.	—	3개 (2005) 20개 (2006)	248개 보건소
16 영양관리(교육 및 상담 수혜)를 받는 인구비율을 증가시킨다.	—	10.0% (2005)	20.0%
17 식품선택에 영양표시를 활용하는 인구비율을 증가시킨다.	—	21.2% (2005)	30.0%